

Płciowość jako biologiczna i społeczna przynależność człowieka do określonych kategorii

KAROLINA CZERWIEC*

Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

Postrzeganie płci przez biologów i humanistów znacznie się różni. W biologii termin „płeć” odnosi się do różnic fizjologicznych między mężczyznami i kobietami. W humanistyce jest to zakres cech dotyczących męskości i kobiecości tworzonych poprzez interakcje społeczne czy konteksty kulturowe. W artykule zaprezentowano różnice między *sex* a *gender* oraz omówiono przykłady różnicowania płci i warianty identyfikacji płciowej. Wykazano, że ludzka seksualność jest złożoną rzeczywistością charakteryzującą się tożsamością płciową. Dlatego też niezbędne jest wieloaspektowe i refleksyjne podejście do tożsamości płciowej człowieka.

SŁOWA KLUCZOWE: *sex*, *gender*, interpłciowość, transpłciowość.

Wstęp

Człowiek jest otoczony wiedzą o płci od najmłodszych lat. Płeć jest tak głęboko osadzona w instytucjach, działaniach i przekonaniach, że wydaje się nam zupełnie naturalna (Eckert i McConnell-Ginet, 2013). Jasne jest, że płeć jest kluczową zmienną biologiczną, którą należy wziąć pod uwagę we wszystkich podstawowych badaniach biologicznych (np. fizjologicznych). We współczesnym dialogu używa się dwóch terminów opisujących badania oparte na płci – *sex* i *gender* (Torgrimson i Minson, 2005). W biologii klasycznej natura płci nie jest „gorącym” tematem. Odwrotna sytuacja panuje w naukach humanistycznych, zwłaszcza od lat 60. XX wieku, kiedy niektórzy socjologowie i historycy zaczęli zadawać pytania o powody, dla których mężczyźni i kobiety zachowują się odmiennie, dlaczego konkretne zadania przypisywano albo kobietom, albo mężczyznom oraz dlaczego mężczyźni i kobiety nie zawsze byli traktowani równo. Nawet do tej pory zdefiniowanie płci jest trudne. Sama jej koncepcja nie jest statyczna, ale dynamiczna. Znaczenie słowa „płeć” zależy od tego, kto go używa, w jakim kontekście i w jakim celu. W zależności od kontekstu cechy te mogą obejmować płeć biologiczną (tj. stan bycia mężczyzną, kobietą lub osobą interpłciową, której trudno jest przydzielić jedną z dwóch płci), struktury społeczne oparte na płci (w tym role płciowe i społeczne) lub tożsamość płciową (Loof,

*karolina.czerwiec@up.krakow.pl

2018). W badaniach na ludziach termin *sex* stosowany jest jako klasyfikacja według narządów rozrodczych i funkcji pochodzących z uwarunkowań chromosomalnych. Z kolei termin *gender* powinien odnosić się do własnej reprezentacji osoby jako mężczyzny lub kobiety albo do tego, jak instytucje społeczne reagują na tę osobę na podstawie reprezentacji płci (Torgrimson i Minson, 2005). W latach 70. XX wieku feministyczni badacze promowali użycie terminu *gender*, aby zwrócić uwagę na fakt, że biologia nie tłumaczy wszystkich różnic między kobietami i mężczyznami. Ten podział pozwolił przeciwstawić się prezentowaniu różnic między mężczyznami i kobietami jako wyłącznie naturalnych, a przez to niezmiennych (Short i in., 2013).

Determinacja płci

Genetyka jest ważnym wyznacznikiem płci biologicznej. Czynniki determinujące płeć (*sex*) zaczynają działać już w momencie zapłodnienia. Każdy plemnik ma chromosom X lub Y. Wszystkie komórki jajowe mają chromosom X. Kiedy plemnik zapładnia komórkę jajową, jego chromosom (X lub Y) łączy się z chromosomem X komórki jajowej. Osoba z chromosomami XX ma na ogół kobiece narządy płciowe zewnętrzne i wewnętrzne, dlatego jest zwykle przypisywana biologicznie płci żeńskiej. Osoba z chromosomami XY ma zazwyczaj męskie narządy płciowe zewnętrzne i wewnętrzne, a zatem jest przypisana biologicznie płci męskiej. Jednak u takich osób mogą wystąpić inne niż przewidywane układy chromosomów, hormonów i części ciała, co powoduje, że stają się interplciowe.

W 1959 roku analiza chromosomalna, zespołu Turnera i zespołu Klinefeltera, po raz pierwszy wykazała, że czynniki genetyczne na chromosomach Y ssaków są ważnymi determinantami płci męskiej. Region determinujący płeć na chromosomie Y określany jako SRY odgrywa podstawową rolę w określaniu płci i uważa się, że jest to czynnik, który inicjuje rozwój jąder. Odpowiada zatem za rozpoczęcie określania płci męskiej podczas rozwoju zarodka. Istnieją również geny związane z SRY-box (SOX) zidentyfikowane na autosomach, a mutacje w genie SRY lub SOX są zaangażowane w determinację płci. Istnieje jednak prawdopodobieństwo, że w determinacji płci fenotypowej biorą również udział inne specyficzne geny. Typowy rozwój seksualny jest wynikiem działania wielu genów, a mutacja w jednym z tych genów może spowodować częściowe lub całkowite niepowodzenie różnicowania płci. Obejmują one mutacje lub anomalie strukturalne regionu SRY na chromosomie Y, powodując dysgenezję gonad XY, rozwój mężczyzn XX lub kobiet XY, wady biosyntezy androgenów lub receptorów androgenowych (Passarge, 1995; Ross i in., 2005).

Należy również zwrócić uwagę na to, że w okresie wewnątrzmacicznym przyptyw testosteronu maskulinizuje mózg płodu, podczas gdy brak takiego przyptywu powoduje powstanie mózgu kobiecego. Ponadto różnicowanie płciowe mózgu ma miejsce na znacznie późniejszym etapie rozwoju niż zróżnicowanie płciowe narządów płciowych. Bez wątpienia androgeny i estrogeny odgrywają kluczową rolę w kwestii determinacji płci.

Różne warianty identyfikacji płciowej

Według niektórych szacunków jedna na 100 osób ma nietypowy rozwój płciowy, takie jak zachwiane stany hormonalne, zmiany genetyczne lub niejednoznaczności anatomiczne, z których niektóre oznaczają, że narządów płciowych nie można jednoznacznie zaklasyfikować jako męskich lub żeńskich (interplciowość). Niemal przez cały XX wiek lekarze często

chirurgicznie modyfikowali dwuznaczne narządy płciowe niemowlęcia, aby dopasować je do dowolnej płci, i oczekiwali, że dziecko się do niej przystosuje. Często się mylili, czego przykładem są wyniki badania z 2004 roku (Reiner i Gearhart, 2004). Objęło ono 14 dzieci mających genetycznie płć męską, które w wyniku interwencji chirurgicznej w okresie niemowlęcym „otrzymały” żeńskie narządy płciowe. Wykazano, że 8 z nich w dorosłości identyfikowało się jako mężczyźni, a interwencja chirurgiczna spowodowała u nich niepokój odczuwany na różnych etapach życia. Jeszcze bardziej złożona niż interpłciowość jest rozbieżność między *sex* a *gender* w akcie urodzenia danej osoby. Niektóre dowody sugerują, że tożsamość transpłciowa ma korzenie genetyczne lub hormonalne, ale jej dokładne korelacje biologiczne są niejasne. Bez względu na przyczynę organizacje, takie jak Amerykańska Akademia Pediatria, zalecają lekarzom leczenie ludzi zgodnie z preferowaną płcią, niezależnie od wyglądu i genetyki. W tym aspekcie *sex* postrzega się jako bardziej złożony podział niż tylko na mężczyzn i kobiety, a *gender* jako spektrum, które obejmuje również osoby transpłciowe (Editorial in the Nature, 2018).

Interpłciowość

Chromosomy to struktury przenoszące geny, które z kolei przekazują cechy dziedziczne rodziców na potomstwo. Ludzie mają 23 pary chromosomów. Chromosom Y jest mały, niesie kilka genów i ma bogatą powtarzalną sekwencję, podczas gdy chromosom X jest bardziej podobny do autosomu pod względem formy i zawartości. Chromosomy płciowe X i Y są „wzbogacone” o geny związane z rozwojem seksualnym. Rozbieżność w zakresie różnicowania płci podkreśla istnienie osób interpłciowych, których rozwój psychoseksualny nie odpowiada płci biologicznej przypisanej im po urodzeniu. Aneuploidia jest stanem posiadania nieprawidłowej liczby chromosomów (mniej – monosomia; więcej – polisomia, prawidłowa – diploidalna liczba chromosomów). Aneuploidia występuje w co najmniej 5% wszystkich ciąży i jest najczęściej rozpoznawaną nieprawidłowością chromosomową u ludzi. Odchylenie od normalnej liczby chromosomów X i Y, zwane aneuploidią chromosomów płciowych (sex chromosome aneuploidies; SCA), odpowiada za blisko połowę wszystkich anomalii chromosomowych u ludzi, z całkowitą częstotliwością 1 : 400. Nieprawidłowości fizyczne chromosomów płciowych można diagnozować prenatalnie za pomocą amniopunkcji i biopsji kosmówki (CVS). Prenatalna diagnoza SCA wykonywana jest coraz częściej ze względu na powszechne stosowanie tych technologii. Wysoka częstość występowania pacjentów z SCA wynika z faktu, że ich skutki nie są na ogół tak dotkliwe jak nieprawidłowości autosomalne i rzadko są śmiertelne. Większość przypadków SCA jest zgodna z normalną oczekiwaną długością życia i często pozostaje nierozpoznana. Szacuje się jednak, że 1 na 3 poronienia wynika z aneuploidii dotyczącej płód (Brun i in., 2004; Hassold i Hunt, 2001; Lahn i in., 2001; Passarge, 1995).

W społeczeństwie przyjmuje się, że jeśli ktoś nie jest mężczyzną, to musi być kobietą. Tymczasem interpłciowość dowodzi czegoś zupełnie innego. Osoby interpłciowe mają bowiem cechy morfologiczne właściwe dla obydwu płci, zatem u jednej osoby występują zarówno narządy płciowe męskie, jak i żeńskie. Interpłciowość charakteryzuje się niezgodnością między płcią fenotypową, chromosomalną, rozwojem narządów płciowych, obecnością gonad, jak również przynależnością płciową. Można wyróżnić różne formy interpłciowości (Czerwiec, 2015).

Według medycznej klasyfikacji ICD-10 (2009) interplciowość znajdowała się w pozycji Q56: *Płeć niezdeteterminowana i obojnactwo rzekome* w grupie *Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe*. Część z nich znalazła się również w grupie *Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, zaburzenia nadnerczowo-płciowe, inne zaburzenia wydzielania wewnętrznego*. Z kolei w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) (ICD-11, 2019) stany związane z różnymi odmianami interplciowości znajdują się w pozycji 20. *Anomalie rozwojowe*. Rozdział ten obejmuje stany spowodowane brakiem prawidłowego rozwoju określonego miejsca lub układu ciała w okresie przedporodowym (tabela 1). Zmiany pomiędzy ICD-10 oraz ICD-11 dotyczą przede wszystkim kwestii nazewnictwa samych stanów i ich klasyfikacji.

Tabela 1.

Anomalie chromosomów płciowych

Anomalie rozwojowe	
<p>LD2A Zaburzenia rozwoju płciowego <i>Wyjątki</i> pseudohermafrodytyzm: kobieta z zaburzeniami kory nadnerczy (5A71) <i>Kodowane gdzie indziej:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ chimera 46, XX, 46, XY (LD56) ▪ 46XX zaburzenia rozwoju płci wywołane przez androgeny pochodzenia matczynego (5A71.1) ▪ wrodzony przerost nadnerczy (5A71.01) 	<p>Anomalie chromosomalne, z wyłączeniem mutacji genowych (każda choroba spowodowana zmianą liczby lub struktury chromosomów)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Anomalie chromosomów płciowych (każda choroba spowodowana zmianą liczbą lub strukturą chromosomu X lub Y; potwierdzeniem jest obserwacja anomalii chromosomalnej za pomocą testów genetycznych)</p>
↓	↓
<p>LD2A.0 Zaburzenie jajnikowe rozwoju płciowego</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ LD2A.1 Dysgenезja gonad 46XY ▪ LD2A.2 Agenezja jąder ▪ LD2A.3 Zaburzenie rozwoju płciowego 46XY spowodowane zaburzeniem metabolizmu testosteronu ▪ LD2A.4 46XY zaburzenie rozwoju płci z powodu odporności na androgeny <p>LD2A.Y Inne określone wady rozwoju płci LD2A.Z Zaburzenia rozwoju płci, nieokreślone</p>	<p>LD50 Anomalie liczbowe chromosomu X</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ LD50.0 Zespół Turnera ▪ LD50.1 Kariotyp 47, XXX ▪ LD50.2 Mozaika, linie o różnej liczbie chromosomów X <p>▪ Zespół Klinefeltera LD50.3</p> <ul style="list-style-type: none"> • LD50.30 Zespół Klinefeltera z kariotypem 47XXY, regularny • LD50.31 Zespół Klinefeltera, mężczyzna z więcej niż dwoma chromosomami X • LD50.3Y Inny określony zespół Klinefeltera <p>▪ LD50.Y Inne określone anomalie liczbowe chromosomu X</p> <p>▪ LD50.Z Anomalie liczbowe chromosomu X, nieokreślone</p> <p>LD51 Anomalie strukturalne chromosomu X, z wyłączeniem zespołu Turnera</p> <p>LD52 Anomalie liczbowe chromosomu Y</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ LD52.0 Mężczyzna z kariotypem 46,XX ▪ LD52.1 Mężczyzna z podwójnym lub wielokrotnym Y ▪ LD52.Y Inne określone anomalie liczbowe chromosomu Y ▪ LD52.Z Anomalie liczbowe chromosomu Y, nieokreślone

	<p>LD53 Anomalie strukturalne chromosomu Y</p> <p>LD54 Mężczyzna z mozaizmem chromosomów płciowych</p> <p>LD55 Zespół łamliwego chromosomu X</p> <p>LD56 Chimera 46, XX, 46, XY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ LD56.0 Androgenetyczna chimera ▪ LD56.1 Chimera gynogenetyczna ▪ LD56.Y Inne określone chimery 46XX, 46XY ▪ LD56.Z Chimera 46XX, 46XY, nieokreślona <p>LD5Y Inne określone anomalie chromosomów płciowych</p> <p>LD5Z Anomalie chromosomów płciowych, nieokreślone</p>
--	---

Źródło: opracowanie własne na podstawie: ICD-11, 2019.

W tabeli 2 zamieszczono przykłady nietypowej determinacji płci w kontekście różnych odmian interpłciowości (Brun i in., 2004; Hassold i Hunt, 2001; Lahn i in., 2001; Passarge, 1995).

Tabela 2.

Przykłady zaburzeń determinacji płci w kontekście interpłciowości

Przejaw determinacji płci	Opis
Zespół Turnera (<i>monosomia X (45X)</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ występuje u osób, które mają jeden chromosom X, bez chromosomu Y, i są fenotypowo żeńskie ▪ chociaż 45X jest częstą anomalią chromosomalną, zespół Turnera występuje rzadko, a częstość urodzeń żywych wynosi 1 : 3000, ponieważ tylko 1 na 40 dotkniętych nim zygot rozwija się do końca ▪ osoby dotknięte tym stanem doświadczają nieprawidłowych wzorców wzrostu, na ogół nie mają wyraźnych wtórnych cech płciowych kobiecych i są bezpłodne; w niektórych przypadkach zespołu Turnera występuje niewielkie upośledzenie umysłowe
Zespół XXX (<i>trisomia chromosomu X, nadkobieta, metakobieta, superkobieta</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kobiety z trzema chromosomami X (47XXX) doświadczają normalnego rozwoju cech seksualnych i są płodne; są zwykle ponadprzeciętnie wysokie i mają smukłą sylwetkę; mogą mieć niewielkie trudności w nauce ▪ częstotliwość kobiet mających dodatkowy chromosom X wynosi około 1 : 1000
Zespół Klinefeltera (<i>mozaika 47XXY lub XY/XXY z fenotypem męskim</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ jest najbardziej rozpowszechnioną anomalią chromosomalną płciową, dotyczącą około 1 : 600 mężczyzn ▪ mężczyźni z zespołem Klinefeltera mają co najmniej dwa chromosomy X, co powoduje nieprawidłowy rozwój jąder i prowadzi do hipogonadyzmu oraz bezpłodności z powodu braku spermatogenezy ▪ dotknięte nim osoby są często wysokie i wytwarzają stosunkowo niewielkie ilości testosteronu; w wyniku braku równowagi hormonalnej mężczyźni ci nie mają w pełni rozwiniętych wtórnych cech płciowych
Mężczyźni XYY	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mężczyźni dziedziczący dodatkowy chromosom Y są zwykle ponadprzeciętnie wysocy i mają skłonność do trądziku, ponieważ występuje u nich wyższy niż średni poziom testosteronu; są zazwyczaj płodni i wielu nie zdaje sobie sprawy z posiadanych nieprawidłowości chromosomowych ▪ częstotliwość występowania mężczyzn urodzonych z dodatkowym chromosomem Y wynosi około 1 : 1000

<p>Hermafrodytyzm</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „prawdziwy” hermafrodytyzm to choroba genetyczna, w której osoby mają dojrzałą tkankę jajników i jąder; narządy płciowe zewnętrzne mają na ogół charakter obojnaczy ▪ nie ma opublikowanych szacunków dotyczących częstości występowania prawdziwych hermafrodytów w całej populacji ▪ autosomalne dziedziczenie tego stanu sugeruje, że geny kontrolujące rozwój i różnicowanie płci nie są ograniczone do chromosomów płciowych; takie dziedziczenie otwiera możliwość, że podobnie jak w przypadku innych odziedziczonych form dwuznaczności seksualnej mogą istnieć być może nawet duże regiony geograficzne o stosunkowo wysokich częstotliwościach występowania prawdziwego hermafrodytyzmu
<p>Wrodzony przerost nadnerczy (zespół nadnerczowo-płciowy wrodzony; CAH)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ jest dziedzicznym autosomalnym recesywnym stanem, który może dotyczyć zarówno chłopców, jak i dziewcząt ▪ to najczęstsza przyczyna interplciowości u kobiet 46XX – nieleczone dziewczęta zyskują zewnętrzny wygląd męski; mimo obecności jajników zewnętrzne narządy płciowe wyglądają jak męskie, a cechy somatyczne ulegają maskulinizacji ▪ wynika z uwarunkowanego genetycznie niedoboru kortyzolu, hormonu steroidowego wytwarzanego przez korę nadnerczy, i nadmiernego wydzielania androgenów nadnerczowych ▪ występuje z częstotliwością 1 : 5000 i skutkuje niepełnym zróżnicowaniem płci żeńskiej
<p>Zespół niewrażliwości na androgeny (zespół feminizujących jąder; AIS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ jest stanem recesywnym sprzężonym z chromosomem X ▪ dotknięte nim osoby mają męskie gonady, ale ich zewnętrzne narządy płciowe są żeńskie; mają męski zestaw chromosomów XY, ale płód nie może wykształcić męskich narządów płciowych z powodu braku wydzielania androgenów; zatem mimo biologicznego „przepisu” na męczyznę powstaje kobieta ▪ często nie jest rozpoznawalny aż do okresu dojrzewania, gdy dziewczynka zgłasza się do ginekologa z powodu braku miesiączki <p><i>Wiśniewski i in. (2000) ocenili stan fizyczny i psychoseksualny 14 kobiet z całkowitym zespołem niewrażliwości na androgeny (CAIS) za pomocą kwestionariusza oraz badania lekarskiego w celu ustalenia wiedzy uczestników badania na temat ich stanu, a także ich opinii na temat leczenia medycznego i chirurgicznego. Większość pytanym kobiet wyraziła zadowolenie z rozwoju psychoseksualnego i funkcji seksualnych. Wszystkie osoby, które wzięły udział w badaniu, były zadowolone z tego, że zostały wychowane jako kobiety i żadna z nich nie chciała zmiany płci.</i></p>

Źródło: opracowanie własne na podstawie: WHO, 2019; Czerwiec, 2015; Brun i in., 2004; Hassold i Hunt, 2001; Lahn i in., 2001; Blackless i in., 2000; Wiśniewski i in., 2000; Passarge, 1995; Hook i Warburton, 1983; Klinefelter i in., 1942.

Transpłciowość

Termin transpłciowość wprowadził w 1949 roku David Caldwell. Określił go jako *psychopatia transsexualis* i uznał za syndrom psychiatryczny. Z biegiem lat transpłciowość wprowadzono do klasyfikacji chorób DSM i uznano za zaburzenie orientacji płciowej w dzieciństwie bądź zaburzenia tożsamości płciowej w okresie dojrzewania lub wieku dorosłym. Można wyróżnić dwa jego typy: M/K, gdy osoba ma wygląd mężczyzny, ale czuje się psychicznie kobietą, oraz K/M, gdzie osoba o wyglądzie kobiety pragnie być mężczyzną. Proporcje między typem K/M i M/K wynoszą 1 : 4. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w klasyfikacji International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10, 2009) umieszcza transpłciowość (określoną tu jako transseksualność) w grupie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w pozycji F64.0 i DSM-5, a jej definicja brzmi następująco: „Pacjent pragnie żyć i być akceptowanym jako przedstawiciel płci przeciwnej, czemu

towarzyszy zazwyczaj uczucie niezadowolenia (*discomfort*) z powodu niewłaściwości własnych anatomicznych cech płciowych oraz chęć poddania się leczeniu hormonalnemu czy operacyjnemu, by własne ciało uczynić możliwie najbardziej podobnym do ciała płci preferowanej” (Czerwiec, 2015, na podstawie: Seligman i in., 2006; Krzyżowski, 2002; Imieliński i in., 2001) (rysunek 1).

F64	Zaburzenia identyfikacji płciowej
F64.0	Transseksualizm Pacjent pragnie żyć i być akceptowanym jako przedstawiciel płci przeciwnej, czemu towarzyszy zazwyczaj uczucie niezadowolenia z powodu niewłaściwości własnych anatomicznych cech płciowych oraz chęć poddania się leczeniu hormonalnemu czy operacyjnemu, by własne ciało uczynić możliwie najbardziej podobnym do ciała płci preferowanej.
F64.1	Transwestytyzm o typie podwójnej roli Przebieranie się w odzież płci przeciwnej w celu osiągnięcia przyjemności z chwilowego odczuwania przynależności do płci przeciwnej, jednak bez chęci bardziej trwałej zmiany płci i bez pragnienia operacyjnego potwierdzenia tej zmiany. Przebieraniu się nie towarzyszy podniecenie seksualne. Zaburzenia identyfikacji płciowej w okresie dojrzewania lub wieku dorosłym, typ nietransseksualny <i>Nie obejmuje:</i> transwestytyzm fetyszystyczny (F65.1)
F64.2	Zaburzenia identyfikacji płciowej w dzieciństwie Zaburzenia te rozpoczynają się zazwyczaj we wczesnym dzieciństwie (zawsze przed pokwitaniem) i charakteryzują się uporczywym głębokim niezadowoleniem z własnej płci wraz z chęcią posiadania cech płci przeciwnej. Cechują się stałym zainteresowaniem ubraniem i postępowaniem płci przeciwnej i odrzucaniem własnej płci. Rozpoznanie wymaga ustalenia głębokich zaburzeń identyfikacji płci. Nie wystarczy stwierdzenie u dziewczynek zachowania chłopięcego, a u chłopców – zachowania dziewczęcego. Tego rozpoznania nie należy stawiać u osoby na początku lub podczas pokwitania (należy wówczas stosować kategorię F66.–). <i>Nie obejmuje:</i> orientacja seksualna egodystoniczna (F66.1) zaburzenia dojrzewania seksualnego (F66.0)
F64.8	Inne zaburzenia identyfikacji płciowej
F64.9	Zaburzenia identyfikacji płciowej, nieokreślone Zaburzenia ról płciowych BNO

Rysunek 1. Zaburzenia identyfikacji płciowej (ICD-10, 2009)

W 2018 roku WHO uznała, że transpłciowości nie należy traktować jako zaburzenia psychicznego, gdyż jest to stygmatyzujące i niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Wtedy również dokonano aktualizacji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) i stworzono jej nową wersję: ICD-11. Zagadnienia z zakresu transpłciowości zostały usunięte z listy zaburzeń psychicznych i przeniesiono je do rozdziału szeroko związanego ze zdrowiem seksualnym (*Conditions Related to Sexual Health*) (Ambroziak, 2018). W ICD-11 (2019) transpłciowość klasyfikowana jest w pozycji *HA60. Niezgodność płciowa w okresie dojrzewania lub dorosłości (Gender incongruence of adolescence or adulthood)* i definiowana jest jako niezgodność płciowa okresu dojrzewania i dorosłości charakteryzująca się wyraźną i trwałą niezgodnością między doświadczoną płcią danej osoby a przypisaną jej płcią, co często prowadzi do chęci „przejścia”, aby żyć i być akceptowanym jako osoba doświadczanej płci, poprzez leczenie hormonalne, operacje chirurgiczne lub inne usługi opieki zdrowotnej w celu dopasowania ciała danej osoby do doświadczanej płci tak bardzo, jak to tylko możliwe. Diagnozy nie można postawić przed rozpoczęciem procesu dojrzewania. Same warianty płci i same preferencje nie są podstawą diagnozy. Z kolei niezgodność płciowa w dzieciństwie (*HA61 Gender incongruence of childhood*) charakteryzuje się wyraźną niezgodnością między doświadczoną/wyrażoną płcią danej osoby a przypisaną płcią u dzieci w wieku przedpokwitaniowym. Obejmuje silne pragnienie bycia osobą innej płci niż płć

przypisana; to silna niechęć dziecka do jego anatomii seksualnej lub oczekiwanych wtórnych cech płciowych i/lub silne pragnienie pierwotnych i/lub przewidywanych wtórnych cech płciowych pasujących do doświadczanej płci; udawanie, fantazja, zabawki, gry lub działania i towarzysze zabaw typowi dla doświadczanej, a nie przypisanej płci. Niezgodność taka musi utrzymywać się przynajmniej 2 lata. Same warianty płci i preferencje nie są podstawą diagnozy (ICD-11, 2019). W raporcie opublikowanym na stronie WHO znajduje się zdanie, że „dowody jasno świadczą o tym, że nie jest to zaburzenie psychiczne i w istocie klasyfikowanie [niezgodności płciowej] w ten sposób może powodować olbrzymią stygmatyzację osób, które są transpłciowe [...]; wciąż istnieją jednak znaczne potrzeby zdrowotne, którym w najlepszy sposób można sprostać, jeśli będą zapisane w ICD”. W maju 2019 roku zatwierdzono dokument, a w 2022 roku ma odbyć się jego implementacja na poziomie krajowym (Ambroziak, 2018).

Podsumowanie

Niewiele tematów jest tak złożonych i kontrowersyjnych jak płciowość człowieka i tożsamość płciowa. Płeć w znaczeniu *sex* odnosi się do różnic fizjologicznych między mężczyznami, kobietami i różnymi ciałami interpłciowymi. Obejmuje zarówno pierwotne, jak i wtórne cechy płciowe. Płeć biologiczna dziecka jest określana przy urodzeniu na podstawie kilku czynników, w tym chromosomów, gonad, hormonów, wewnętrznej anatomii układu rozrodczego i narządów płciowych. Tradycyjnie postrzegana jest jako binarna. Jednak od 1,0% do 1,7% dzieci rodzi się jako interpłciowe, czyli takie, które mają zróżnicowane cechy płciowe (chromosomy, gonady, narządy płciowe) niepozwalające na wyraźne zidentyfikowanie ich jako mężczyzn lub kobiet. Ze względu na istnienie wielu form stanów interpłciowych, które są bardziej rozpowszechnione niż kiedyś sądzili badacze, wielu postrzega *sex* jako stanowiący pewne spektrum, a nie tylko dwie wzajemnie wykluczające się kategorie. Zazwyczaj dzieci urodzone z męskimi cechami płci (*sex*) są przypisywane do kategorii chłopców (*gender*); dzieci urodzone z cechami płciowymi żeńskimi (*sex*) są przypisywane do kategorii dziewczynek (*gender*), a wiele dzieci urodzonych jako interpłciowe jest przymusowo przydzielanych do kategorii chłopiec lub dziewczynka, a nawet chirurgicznie „korygowanych” w celu dopasowania do określonej płci. Tymczasem *sex* danej osoby nie zawsze odpowiada *gender*; dlatego terminy *sex* i *gender* nie są zamienne. Uczni na ogół uważają *gender* za konstrukcję społeczną, co oznacza, że nie istnieje ona naturalnie, ale jest koncepcją stworzoną przez normy kulturowe i społeczne. Pojawia się w tym aspekcie pojęcie tożsamości płciowej, czyli odczuwania siebie jako przedstawiciela określonej płci. Osoby identyfikujące się z rolą, która odpowiada płci przypisanej im przy urodzeniu (na przykład urodziły się z męskimi cechami płciowymi, zostały przypisane do kategorii chłopców, a dziś identyfikują się jako chłopcy lub mężczyźni), są cisplciowe. Ci, którzy identyfikują się z rolą inną niż ich płeć biologiczna (na przykład urodzili się z męskimi cechami płciowymi, zostali przydzieleni do kategorii chłopców, ale obecnie identyfikują się jako dziewczynki/kobiety), są nazywani transpłciowymi. W tym wymiarze należy zrozumieć konsekwencje porównywania tego, co „normalne” i „nienormalne”, „naturalne” i „nienaturalne”, „zdrowe” i „niezdrowe”. Należy zrozumieć specyficzny charakter relacji odzwierciedlających się w dyskursach medycznych i kulturowych, etycznych i narracyjnych oraz postrzeganiu osób interpłciowych i transpłciowych. Trzeba przy tym pamiętać, że trwa obecnie swego rodzaju konflikt między kulturowym i biomedycznym rozumieniem ciała fizycznego. Ważne jest edukowanie społeczeństwa w zakresie tego, co klinicyści uznają za warunki fizyczne

niezbędne do wytworzenia spójnej podmiotowości płciowej, ze szczególnym naciskiem na wygląd narządów płciowych, jak również na to, jakie skutki niesie ze sobą bezrefleksyjne i sztywne kierowanie się zasadami heteronormatywności. Ponadto na indywidualny rozwój człowieka wpływa wiele systemów, od procesów kulturowych, uwarunkowań genetycznych i fizjologicznych po interakcje społeczne. Dlatego też niezbędne jest interdyscyplinarne i wieloaspektowe podejście naukowe do badań nad tożsamością człowieka.

Bibliografia

- Ambroziak A (2018). *Światowa Organizacja Zdrowia (WHO): transpłciowość to nie zaburzenie psychiczne. Życie bez stygmatyzacji*. <https://oko.press/swiatowa-organizacja-zdrowia-who-transpłciowosc-to-nie-zaburzenie-psychiczne-zycie-bez-stygmatyzacji/>. Dostęp: 1.12.2019.
- Blackless M, Charuvastra A, Derrryck A, Fausto-Sterling A, Lauzanne K, Lee E (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology*. 12:151–166.
- Brun J, Gangbo F, Wen Z, Galant K, Taine L, Maugey-Laulom B, Roux D, Mangione R, Horovitz J, Saura R (2004). Prenatal diagnosis and management of sex chromosome aneuploidy: a report on 98 cases. *Prenatal Diagnosis*. 24:213–218.
- Czerwiec K (2015). *Problemy biologii człowieka – implikacje społeczne i edukacyjne*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (2013), fifth edition. American Psychiatric Association.
- Eckert P, McConnell-Ginet S (2013). *Language and Gender*, second edition. Cambridge and New York: Cambridge University Press.
- Editorial in the Nature (2018). Anatomy does not define gender. US proposal for defining gender has no basis in science. *Nature*. 563:5.
- Hassold T, Hunt P (2001). To err (meiotically) is human: the genesis of human aneuploidy. *Nature Reviews: Genetics*. 2:280–291.
- Hook E, Warburton D (1983). The distribution of chromosomal genotypes associated with Turner's syndrome: livebirth prevalence rates and evidence for diminished fetal mortality and severity in genotypes associated with structural X abnormalities or mosaicism. *Human Genetics*. 64:24–27.
- ICD-10 (2009). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Volume I*, World Health Organization.
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics* (2019), version 04; <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/90875286>. Dostęp 5.04.2019.
- Imieliński K, Dulko S, Filar M (2001). *Transpozycje płci*. Kraków: Wydawnictwo ARC-EN-CIEL.
- Klinefelter H, Reifenstein E, Albright F (1942). Syndrome characterized by gynaecomastia, aspermtogenesis without a-Leydigism, and increased excretion of follicle stimulating hormone. *Journal of Clinical Endocrinology*. 2:615–627.
- Krzyżowski J (2002). *Psychopatologia zaburzeń różnicowania płci*. Warszawa: Medyk.
- Lahn B, Person N, Jegalian K (2001). The human Y chromosome, in the light of evolution. *Nature Reviews: Genetics*. 2:207–216.
- Loof A (2018). Only two sex forms but multiple gender variants: How to explain? *Communicative & Integrative Biology*. 11(1): e1427399.

- Passarge E (1995). *Colour atlas of genetics*. New York: Thieme Medical Publishers.
- Reiner W, Gearhart J (2004). Discordant sexual identity in some genetic males with cloacal exstrophy assigned to female sex at birth. *The New England Journal of Medicine*. 350:333–341.
- Ross M i in. (2005). The DNA sequence of the human X chromosome. *Nature*. 434:325–337.
- Seligman M, Walker E, Rosenhan D (2006). *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Short S, Yang Y, Jenkins T (2013). Sex, Gender, Genetics, and Health. *American Journal of Public Health*. 103:93–101.
- Torgimson B, Minson C (2005). Sex and gender: what is the difference? *Journal of Applied Physiology*. 99:785–787.
- WHO (2019). *Gender and Genetics*, Geneva: WHO.
- Wisniewski A, Migeon C, Meyer-Bahlburg H, Gearhart J, Berkovitz G, Brown T, Money J (2000). Complete androgen insensitivity syndrome: long-term medical, surgical, and psychosexual outcome. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 85(8):2664–2669.

Sexuality as a biological and social human belonging to specific categories

Biologists and humanists view sexuality differently. In biology, it refers to the physiological differences between men and women. In the humanities, it is understood as the range of qualities relating to masculinity and femininity created through social interactions or cultural contexts. The article presents the differences between sex and gender as well as examples of sexual development disorders and variants of gender identity. It has been shown that human sexuality is a complex reality characterized by gender identity. Therefore, a multifaceted and reflective approach to human gender identity is necessary.

KEYWORDS: sex, gender, intersexuality, transsexuality.